

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THESE

N°

1007

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain, Jean CHEVALLIER

Né le 14 Juin 1933 à PARIS-XIV°

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES KYSTES BRONCHOGENIQUES

Président : Monsieur BARIETY (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Alain, Jean C H E V A L L I E R

Né le 14 Juin 1933 à PARIS (XIV°)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
KYSTES BRONCHOGENIQUES

-:-

Président : Monsieur BARIETY (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE
2e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JCANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique gé- nérales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obsté- tricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirur- gie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
urgicales (Pitié	CORDIER (G)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédi- que et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINES

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut)	LENEGRE (J)
(Broussais)	SOULIE (P)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales (Cochin)	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SEZE (S.de)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque)	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

MM.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent- de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie mé- dicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirur- gicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirur- gicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

	(BOUR (H)
Médecine	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C)
Anatomie	(GOUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle
Anatomie pathologique	pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)

MM.

Anatomie pathologique	(CHOMETTE (G) (GOUYGOU (Ch)m.conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L) (PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURE'H (G) (BARBIER (P) (CHRISTOL (D)
Bactériologie	(Le MINOR (L) (TOURNIER (P)
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf. (BOURILLON (R) (CARTIER (P) (DREYFUS (J.Cl.) (GONNARD (P) (KRUH (J) (JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	(BOIRON (M) (DENOIX (P) (MATHE (G) (SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	(CIVATTE (J) (DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	(LEDOUX-LEBARD (G) (BESSIS (M) (BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie	(DAUSSET (J) (DUHAMEL (G) (COUJARD (R)pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M) (RACADOT (J) (BESANCON (F)
Hydrologie	(CORNET (A) (BOYER (J)pr.s.ch. (BLANCHER (G)
Hygiène	(CORRE-HURST (Mme L) (SAPIN-JALOUSTRE (H) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses	(DUPONT (V)

MM.

	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
	(FOURNIER (E)
Médecine légale	(GUENIOT (M)
	(HADENGUE (A)
Médecine du travail	(ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	(PERTUISET (B)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(Le LORIER (G)
	(LEVY (J)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(SENEZE (J)
	(SUREAU (C)
	(THOYER-ROZAT (J)
	(BREGEAT (P)
Ophtalmologie	(DUBOIS (A)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(MEARY (R)
	(POSTEL (M)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	(DEBAIN (J)
	(PIALOUX (P)
Parasitologie	(GOLVAN (Y)
	(LAPIERRE (J)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CERBONNET (G)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch.)
Pathologie chirurgicale	(DUBOST (Cl.)
	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GARBAY (M)
	(GARNIER (H)
	(Cl.de) GAUDART-d'ALLAINES
	(GERMAIN (A)
	(LATASTE (J)
	(LEVEQUE (B)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale	(NATALI (J)
	(PELLERIN (D)
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
Pathologie exotique	(THOMERET (G)
	(SCHNEIDER (J)
	(BENHAMOU (J.P)
	(BERTHAUX (P)
	(BOIVIN (P)
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(MIKOL (Cl)
	(RICHTT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CATINAT (J)
	(CHRETIEN (J)
	(COBLENTZ (B)
	(CONTAMIN (F)
Pathologie médicale	(COURY (C)
	(ETIENNE (J.P)
	(FREZAL (J)
	(FRITEL (D)
	(HENNEQUET (A)
	(HIMBERT (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(MOREAU (L)
	(NICK(J)
	(ROYER (P)
	(TOURNEUR (R)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE (J)
	(LEPERCQ (G)
	(MANDE (R)

MM.

Pédiatrie-Puériculture	{ MOZZICONACCI (P)
	{ POLONOVSKI (C)
	{ ROSSIER (A)
	{ VIALATTE (J)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J)
	{ LECHAT (P)
	{ BARRES (G)
	{ DEJOURS (P)
Physiologie	{ DURAND (J)
	{ GIRARD m.conf.
	{ HUGELIN (A)
	{ SCHERRER (J)
	{ CHANTEUR (J)
	{ GOUGEROT (L)m.conf.
	{ pr.s.ch.
Physique médicale	{ GREMY (F.)m.conf.
	{ MILHAUD (G)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.Cl)
	{ TUBIANA (M) m.conf.
	{ KREIS (B)
Pneumo phtisiologie	{ MEYER (A)
	{ RENAULT (P)
Psychiatrie	{ PICHOT (P)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DUCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ LAPRESLE (J)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F)
	{ CERNEA (P)
Stomatologie	{ CHAPUT (Mme A.)m.c.agr
	{ GRELLET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	{ LAMOTTE (M)
	{ MARCHE (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J)
----------------	-------------

MM.

Clinique chirurgicale	{	ABOULKER (P)	
	{	AMELINE (A)	pr.s.ch.
	{	VERNE (J.M)	
Clinique médicale	{	PERRAULT (M)	
	{	RAMBERT (P)	
	{	THIEFFRY (S)	
Clinique obstétricale	{	GRASSET (J)	
	{	MAYER (M)	
Clinique ophtalmologique	{	DESIGNES (P)	
	{	OFFRET (G)	
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique		MADURO (R)	
Clinique pédiatrique et pué- riculture		LAPLANE (R)	
Clinique psychiatrique		BARUK (H)	
Clinique urologique		KUSS (R)	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P)	Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)	Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE { BOLTANSKI (E) ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)	
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)	
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	} M.le Docteur HAHN (A)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateur		Mlle DUMAITRE (P)
	{	Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	{	Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	{	QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-
tations qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère,

A mon Père,

A mes Beaux-Parents,

Avec toute mon affection.

A ma Femme,

A mes Enfants,

Avec toute ma tendresse.

A tous les Miens,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur BARIETY,

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin-Chef du Centre de Phtysiologie
de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter
la présidence de cet-
te thèse.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur SAUVAGE,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien-Chef du Centre Marie Lannelongue,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait l'honneur de
nous confier ce travail,
et auprès de qui nous a-
vons trouvé le meilleur
accueil.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur FRANCHÉL,

Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous inspira cette thèse,
nous conseilla et dirigea
avec la plus grande bien-
veillance,

En témoignage de notre pro-
fonde gratitude.

A Monsieur le Docteur PESLE,
Médecin-Chef Adjoint du Centre Chirurgical
Marie Lannelongue,

A Monsieur le Docteur MORELLEC,

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris,

A Messieurs les Médecins de l'Hôpital de
Montmorency,

En remerciement de la
bienveillance que
j'ai toujours trou-
vée auprès d'eux.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
KYSTES BRONCHOGENIQUES

-:-:-

CHAPITRE I

-:-

LES KYSTES BRONCHOGENIQUES DU MEDIASTIN

-:-

INTRODUCTION

Le cadre des malformations broncho-pulmonaires a été considérablement remanié depuis que la chirurgie thoracique a pris l'essor que l'on connaît.

Les notions classiques, basées surtout sur les autopsies, se sont trouvées complétées et souvent modifiées, ceci d'autant plus que le développement de la radiologie apporte souvent au chirurgien des malformations à peu près pures, avant toute complication.

Parmi ces malformations, les kystes bronchogéniques du médiastin, dont l'origine congénitale n'est pas discutée, sont bien connus, cependant leur fréquence n'est pas telle qu'une étude d'ensemble manque d'intérêt.

D'autre part, à côté du classique kyste bronchogénique du médiastin, dont l'origine congénitale n'est pas discutée, la même étiquette, avant tout histologique, a pu être appliquée par certains à des formations kystiques intra-parenchymateuses. Il s'agit là d'un cadre beaucoup plus mouvant et imprécis.

Avec 11 observations du CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE, que le Docteur SAUVAGE a eu l'obligeance de mettre à notre disposition, nous voudrions présenter quelques kystes bronchogéniques du médiastin, et quelques kystes pulmonaires, au sujet desquels nous voudrions discuter les possibilités de diagnostic, de classification, dans le cadre des malformations kystiques broncho-pulmonaires.

ETUDE THEORIQUE

-:-

1 - Définition classique

Classiquement, les kystes bronchogéniques sont définis comme étant des kystes intra-thoraciques, mais extra-pulmonaires, d'origine congénitale, et de structure bronchoïde.

Ils se caractérisent donc par leur siège médiastinal, l'histologie leur reconnaît une structure bronchoïde, et le diagnostic de leur caractère congénital se fait sur un faisceau d'arguments cliniques, anatomiques, radiologiques et histologiques.

2 - Historique

Les premières descriptions de kyste bronchogénique ont été faites à la fin du siècle dernier, à l'occasion d'autopsies, par STILLING, CHIARI (1889). A cette époque, ils sont décrits comme exceptionnels.

La première intervention semble avoir été pratiquée par SAUERBRUCK en 1927.

Depuis 1944, nombre d'auteurs font paraître dans la littérature mondiale leurs statistiques, leurs cas opérés, les singularités qu'ils ont découvertes. Il faut citer en particulier :

en 1944 :	LAIPPLY	35 cas
1949 :	SANTY	8 cas
	MATHEY	9 cas
1950 :	HARRINGTON	37 cas
1952 :	LAUMONNIER DEPAULIS	4 cas
1954 :	BADIN	10 cas
	GALY	4 cas infantiles
	SAUVAGE	4 cas
1955 :	RENAULT	8 cas
1956 :	RINGERTZ	21 cas
1957 :	METRAS	23 cas
1961 :	MAGGI	9 cas

Mais on relève en particulier les publications suivantes :

- La thèse de ROUSSELOT de l'Ecole Lyonnaise, en 1944-45, dont le mérite est d'être la première publication française : il s'agit de 4 cas opérés à LYON.

- La publication de BLADES (U.S.A) en 1946, portant sur l'étude systématique de groupes d'individus de l'Armée Américaine pendant la guerre. BLADES décrit ainsi 23 cas, ce qui constitue la plus grosse étude entreprise à ce moment.

- Cependant, dès 1945, BARIETY et COURY établissent une classification des tumeurs du médiastin, dissociant les tumeurs développées aux dépens d'éléments adultes (tumeurs broncho-pulmonaires, ganglionnaires, neurogènes, etc...), des tumeurs parasitaires et des tumeurs dysembryoplasiques, parmi lesquelles ils distinguent les dysembryoplasies hétéro-plastiques (tératomes, kystes dermoïdes) et homoplastiques, dont les kystes bronchogéniques sont les principaux représentants.

- MAIER enfin, en 1946, à l'occasion de 8 cas, fait une classification des localisations possibles des kystes bronchogéniques dans le médiastin. Il divise ainsi les kystes bronchogéniques en 5 groupes : paratrachéal, carinal, hilaire, paraoesophagien et mixte.

a - Les kystes du groupe paratrachéal sont attachés à la paroi latérale de la trachée, le plus souvent à droite. Ils se projettent dans la partie haute du thorax.

b - Les kystes du groupe carinal sont situés au niveau de la bifurcation trachéale. Ils sont souvent peu visibles, et donnent fréquemment des troubles de compression.

c - Les kystes du groupe hilaire se projettent dans la cavité pleurale. Dans la majorité des cas, ils se rattachent à une bronche souche ou lobaire. Ils provoquent souvent d'importants déplacements du médiastin.

d - Les kystes du groupe paraoesophagien sont en étroite connexion avec l'oesophage, ou sinon la connexion avec l'arbre bronchique est alors inapparente. Ils peuvent même être situés dans la paroi oesophagienne. Ils posent le problème de leur origine, respiratoire ou digestive.

e - Quant aux kystes du groupe mixte, ils sont situés en position inhabituelle, et peuvent se rencontrer dans tout le thorax extrapulmonaire : diaphragmatique, sous-costal, voire pré-sternal. Ils sont fréquemment associés à d'autres malformations congénitales de l'arbre respiratoire, du tractus digestif ou de la sphère cardio-vasculaire.

3 - Diagnostic

Donc, depuis quelques années, les kystes bronchogéniques sont bien connus autant par des études théoriques nettes (BARIETY et COURY 1958) que par des études statistiques très précises (MAGGI 1961). Quelles sont donc les caractéristiques qui permettent de faire le diagnostic de kyste bronchogénique du médiastin ?

A - Ce sont des tumeurs thoraciques. Ils font partie des dysembryomes homoplastiques.

Homoplastiques en effet, car ils sont constitués d'éléments respiratoires thoraciques selon la définition de BARIETY.

Dysembryomes, car ils ont une origine embryonnaire anormale : ils sont issus de l'ébauche foetale trachéo-bronchique. Cette ébauche, apparue entre la 2e et la 3e semaine de la vie foetale, se sépare de l'oesophage à la fin de la 3e semaine, et, de divisions en divisions, les bronches sous-segmentaires sont formées à la fin de la 6e semaine. C'est pendant cette période, extrêmement précoce, on le voit, que vont prendre naissance les kystes bronchogéniques. On reconnaît trois possibilités de formation :

- soit ébauche trachéo-bronchique issue de la trachée ou de la bronche primitive,
- soit ébauche trachéo-bronchique supplémentaire issue de l'endoderme digestif,
- soit développement autonome d'un bourgeon aberrant.

B - La fréquence des kystes bronchogéniques est actuellement connue avec une précision correcte. En effet, en 1957, le LIXe CONGRES

de CHIRURGIE réuni à PARIS, fait état d'environ 200 cas décrits dans la littérature mondiale. Ce nombre peut à l'heure actuelle être porté à près de 300 cas.

Les kystes bronchogéniques du médiastin représentent environ 25 p.cent des dysembryoplasies, et environ 7 p.cent des tumeurs du médiastin. En fait, ce chiffre peut varier considérablement selon les auteurs, les uns décrivant toutes les tumeurs médiastinales, les autres exceptant de ce groupe les goitres, les autres enfin, ne parlant que des tumeurs dites chirurgicales, c'est-à-dire des tumeurs opérées.

Un fait est à retenir : la fréquence des kystes bronchogéniques qui vient en 2e position après les tumeurs neurogènes, exception faite des goitres (extra-thoraciques), et des tumeurs néoplasiques (souvent inopérables ou de traitement médical).

C - La symptomatologie est bien connue, du triple point de vue clinique, radiologique et anatomopathologique.

1) La clinique

a - L'âge est excessivement variable : de quelques mois à quelques décennies, mais il semble que le maximum des cas décrits se situent entre 20 et 30 ans. Ceci tient surtout au fait que la découverte se fait plus fréquemment à cet âge, soit lors d'une complication, soit lors d'un examen systématique, ce qui est le cas le plus fréquent actuellement.

b - Le sexe semble totalement indifférent.

c - La symptomatologie dépend de plusieurs facteurs, mais il faut insister sur l'extrême latence de la plupart des kystes bronchogéniques. En effet, ces kystes, qui par définition, existent depuis l'enfance, ne sont découverts et donc opérés qu'à un âge relativement avancé de la vie (58 ans dans un cas récent). Néanmoins, certains kystes se manifestent, plus ou moins bruyamment, par deux catégories de signes, qui sont les signes de deux complications, qui surviennent au decours de l'évolution des kystes non précocement opérés. Ce sont :

- des signes d'origine mécanique, liés à la présence du kyste dans certains cas, mais surtout liés à l'augmentation de son volume ; essentiellement :

- la dyspnée, d'effort ou permanente ;
- la toux souvent quinteuse, de type récurrentielle ;
- l'hémoptysie, dont l'origine est actuellement rattachée à l'oedème d'une bronche comprimée ;
- la douleur qui peut être sourde, sans caractère particulier, ou encore douleur très atypique, névralgie locale ou à distance ;
- il est beaucoup plus rare de trouver d'autres signes, tel un oedème de la partie haute du thorax ou un trouble du développement.

- des signes d'origine infectieuse, liés à la surinfection du kyste. Ces signes se confondent avec ceux de toute suppuration thoracique profonde, c'est-à-dire douleur, température élevée ou oscillante, etc... Il est possible de voir apparaître une vomique qui signe la rupture du kyste dans les voies

aériennes. Il est bien évident que le diagnostic s'égare dans la plupart des cas, sauf si le kyste est déjà connu.

2) Les signes radiologiques sont aussi bien connus.

a - La situation du kyste est un élément de diagnostic, mais qui est loin d'être formel. En effet, selon la classification de MAIER, la grande majorité des kystes bronchogéniques se trouvent dans des zones correspondant aux différents groupes, c'est-à-dire dans les plans médians et postérieurs du thorax, dans la partie pré-hilaire, en tout cas rarement dans le plan antérieur, et jamais dans la partie antéro-supérieure du thorax. Mais il existe des kystes bronchogéniques aberrants qui peuvent être situés n'importe où dans le thorax : il a été décrit un kyste bronchogénique présternal.

b - Pour certains auteurs, l'aspect radiologique des kystes bronchogéniques serait très évocateur. Outre l'argument de situation, qui n'est qu'un argument de fréquence, la forme de l'image peut faire penser à un kyste bronchogénique : l'image ronde, pleine, homogène, à bord fin et régulier, en situation préférentielle, est évocatrice ; plus encore l'est l'aspect "en raquette", dont le "manche" est dirigé vers le hile, et très significative, la mobilité du kyste en position de Trendelenbourg.

c - Bien d'autres aspects ont été décrits, car on peut découvrir des kystes aériques ou hydro-aériques, où l'image est celle du kyste aérien ou de la "bouteille d'encre". Les kystes infectés récemment ou depuis long-

temps présentent une coque épaisse, et des remaniements internes qui leur donnent l'aspect d'abcès chronique, voire de tuberculose lorsque la projection se fait dans l'aire pulmonaire.

d - Enfin, nombre d'auteurs se sont attachés à l'étude des tumeurs thoraciques, donc des kystes bronchogéniques, par des techniques radiologiques spéciales : tomographies naturellement, mais aussi stratigraphies horizontales et tomographies inclinées frontales ou latérales. Il faut bien dire que outre les précisions de localisation, ces techniques n'ont pas apporté de renseignements très nouveaux, sauf dans de rares cas où la visualisation d'un pédicule rattachant le kyste à une bronche permet d'emporter un diagnostic hésitant.

3) Les examens complémentaires sont le plus souvent normaux dans les kystes bronchogéniques non compliqués. Les numérations et formules sanguines, la vitesse de sédimentation ne sont pas perturbées, sauf en cas d'infection.

La bronchoscopie peut montrer quelques signes de compression d'une bronche sans envahissement de la muqueuse parfois un léger oedème de l'orifice d'une bronche, mais elle est très souvent normale.

Les explorations fonctionnelles sont normales dans presque tous les cas.

Plus intéressante par contre, la bronchographie lipiodolée met en évidence plusieurs faits : elle précise la distribution lobaire et segmentaire des poumons ; elle visualise la morphologie bronchique et éventuellement

montre l'existence de dilatations ; elle montre parfois l'exclusion d'un territoire bronchique dont la lobaire ou la segmentaire est comprimée par le kyste ; elle dessine quelquefois le kyste lorsque celui-ci s'imprime dans un lobe. C'est donc un temps capital du diagnostic des kystes bronchogéniques.

4) L'examen histologique est en dernier lieu le temps crucial du diagnostic, car, si la clinique et la radio l'ont soupçonné, si le chirurgien au cours de l'intervention l'a fortement suspecté, c'est à l'anatomopathologiste que l'on va demander de confirmer ou d'infirmer, ce qui est plus difficile, le diagnostic de kyste bronchogénique.

a - L'examen macroscopique va préciser ses dimensions, sa forme, sa couleur, les caractéristiques de son contenu, liquide, muqueux ou puriforme, l'existence de trabéculations internes, l'épaisseur de la paroi.

b - L'examen microscopique est décisif. Il doit être fait dans de bonnes conditions par un anatomopathologiste compétent et porter sur plusieurs zones apparemment caractéristiques du kyste, intéresser de multiples coupes, car les caractéristiques du kyste bronchogénique ne sont pas toujours évidentes.

Dans les cas typiques, il montre :

- un revêtement épithélial interne, cylindro-cubique, de type bronchique. C'est la caractéristique essentielle du kyste bronchogénique. Et si la présence d'un épithélium de ce type ne permet pas d'affirmer avec certitude le diagnostic de kyste bronchogénique, son absence par contre est un argument négatif formel pour éliminer ce diagnostic. Ceci étant, il est fréquent que des remaniements

d'ordre varié alterent cet aspect ; en effet, on peut trouver un épithélium uniquement cubique ou uniquement cylindrique. Le revêtement peut avoir été infecté de telle façon que le type de l'épithélium soit totalement méconnaissable. Enfin, il est possible de voir, surtout dans les kystes postérieurs, une structure mixte, digestive et respiratoire, correspondant à des kystes bronchogéniques à point de départ oesophagien.

- Les autres éléments de la bronche peuvent se trouver dans la paroi profonde du kyste. Théoriquement, ils sont plus accessoires, l'élément dominant étant le revêtement ; en fait, leur importance vient du fait qu'ils apportent des arguments très positifs en faveur du kyste bronchogénique. Ce sont :

- des cartilages, groupés parfois en anneaux typiques représentant alors l'image exacte d'une bronche ;
- des glandes mucipares peut-être plus caractéristiques encore ;
- des fibres musculaires lisses, souvent mélangées à des fibres musculaires indifférenciées ;
- des éléments lymphoïdes, vasculaires et nerveux ;
- parfois un tissu pulmonaire assez net.

Mais bien souvent, la plupart de ces éléments sont rares ou peu visibles, et le diagnostic n'est affirmé que sur la réunion de plusieurs arguments non formels en soi, mais dont le nombre emporte la décision.

En conclusion, il semble donc a priori, que les kystes bronchogéniques du médiastin ne posent plus de problèmes très épineux actuellement, car dans la très grande majorité

des cas, le diagnostic est posé à la suite des différents actes cliniques, paracliniques, chirurgicaux et histologiques.

Nous voudrions illustrer ceci par la présentation de 11 cas de kystes bronchogéniques médiastinaux récents du CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE.

PRESENTATION DES 11 CAS

-:-

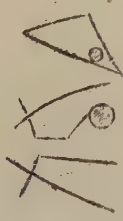
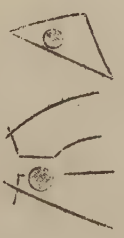
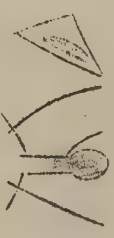
Cf tableaux pages suivantes

Abréviations utilisées dans les tableaux :

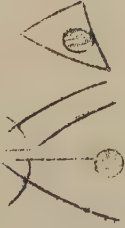
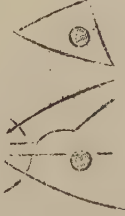
Bs : Bronchoscopie
Bg : Bronchographie
EF : Examen fonctionnel
Ep : Epithélium
Cyl : cylindrique
Cil : cilié
Gl : glandes
Cart : cartilage

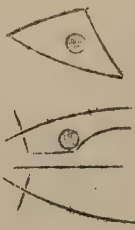
N°	Nom	Date	Age	Sexe	Découverte	symptomatologie
Obs.1 1958	COR... Daniel	14.946	16	M		systematique image connue depuis 1948
Obs.2 1956	BRU... Marie-Louise	9.758	51	F		fortuite
Obs.3 1959	BAU... René	20.348	7 $\frac{1}{2}$	M		examen systematique scolaire
Obs.4 1956	BAR... Ginette	7.470	28	F		temperature et asthenie datant de 6 mois
Obs.5 1955	ARB... Michèle	6.324	16	F		fortuite à l'âge de 5 ans
Obs.6 1956	KER... Yvonne		19	F		systematique

N°	Nom	Date	Age	Sexe	Découverte	symptomatologie
Obs.7 1960	CUS... Lucette	21.420	22	F		systematique, connue depuis 1 an
Obs.8 1960	JAE... Rachel	21.039	24	F		fortuite, image connue depuis 5 ans
Obs.9 1961	LEF... Robert	21.981	49	M		systematique en 1951 1955 : épisode fébrile 1961 : douleur, dyspnée, dysphagie
Obs.10 1955	AUC... Odette	6.331	43	F		épisode bronchique, expectoration purulente, point de côté
Obs.11 1962	MAR... Gisèle	22.594	17	F		fortuit

Obs. Nom	Examen radiologique	Examens complémentaires
Obs. 1 CCR...		Image dense en AR de l'oesophage, sous la base du LIG Bs, Bg, EF non faits VS normale BK = 0
Obs. 2 BRU...		Image paratrachéale droite Bs : refoul. trachéal Bg non fait EF normal VS norm. Angio normale
Obs. 3 PAU...		Image ovale du médiastin moy. et inf. en AR Es, Bg, EF non faits

Obs. Nom	Examen radiologique	Examens complémentaires
Obs.4 BAR...		Bs : orifice paracard.non vu Bg : non fait EF et VS normaux
Obs.5 ARB...		Bs : normale Bg : non fait EF : normaux VS : normale
Obs.6 KER...		Bs : refoulement Bg : normale EF : normal VS : normale

Obs. Nom	Examen radiologique	Examens complémentaires
Obs.7 CUS...	 Image cardio- phrénique Dr ap- pendue au hile	Bs : non fait Bg : non fait EF : normal VS : normale
Obs.8 JAE...	 Image sous- hilaire droite	Bs : normale Bg : non fait EF : normal VS : normale
Obs.9 LEF...	 Image 10 sur 4 cm inter-trach- bronch. débordant vers la Dr reac- tion pleurale	Bs : refoulement de la bronche intermédiaire Bg : non faite EF et VS : normaux

Obs. Nom	Examen radiologique	Examens complémentaires
Obs.10 AUC...	 Image sous- hilaire Dr non homogène	Es : normale Bg : non faite EF : normal VS : légèrement augmentée
Obs.11 MAR...	 Image sous- hilaire gauche	Bs : non faite Bg : normale EF : non fait VS : augmentée

Obs. Nom	Intervention	Histologie
Obs.1. COR...	Tumeur sous la base du lobe inférieur. Kyste sans connexion avec oesophage. plusieurs pédicules vasculaires	Ep Cyl Gl. Cart. Pas d'éléments digestifs
Obs.2. BRU...	Kystectomie. Adhérences à trach. pédicule sup.	Ep Cyl Cil Muscles lisses Gl. Cart.
Obs.3 PAU...	Kystectomie Pédicule vers le pédicule pulmonaire gauche Dehiscence péricardique localisée	Ep Cyl Cil Cart. Gl. Pédic. vasc-nerv.
Obs.4 BAR...	Kystect. ds gouttière cost-vert. Accol. à LID, péricarde, Art. lob. inf. Magma ganglionnaire noyant le pôle sup.	Ep Cyl Cil pas d'autre formation
Obs.5 ARB...	Kystectomie. Adhérences au LID et au péricarde Pas de pédicule	
Obs.6 KER...	Kystectomie. Adhérences au LID et pé- ricarde Pédicule vers oesophage	Ep Cyl Cil Gl. Muscl. lisse

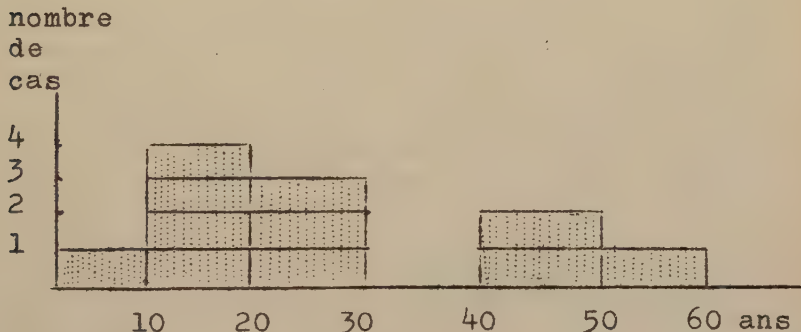
Obs. Nom	Intervention	Histologie
Obs.7 CUS...	Kystectomie Pas de pédicules (malform. familiales multiples)	Ep Cyl Cil
Obs.8 JAE...	Kystectomie (séquestration extra-lobaire)	Ep Cyl Cil Pédicule borgne avec éléments bronchiques. Pas d'art.anorm.
Obs.9 LEF...	Kystectomie Adhérences organes voisins	Ep Cyl Cil Gl. Muscle lisse
Obs.10 AUC...	Kystectomie	Ep endothélial parfois cilié
Obs.11 MAR...	Kystectomie pas de pédicule	Ep Cyl Cil

ANALYSE DES 11 CAS DE KYSTES BRONCHOGENIQUES DU MEDIASTIN

-:-

1 - Age et sexe

Les 11 cas sont constitués de 3 hommes et de 8 femmes. L'âge s'étend de 7,5 à 51 ans avec une moyenne de 27 ans ; chez les hommes, 7,5 à 49 (moyenne 24 ans), chez les femmes, de 16 à 51 ans (moyenne 28 ans). La répartition est donnée par le tableau suivant :



Il n'est pas possible de tirer argument du sexe, car la statistique est trop petite. Par contre, l'âge moyen de découverte des kystes bronchogéniques, et des interventions pratiquées pour cette affection est évident : dans les 2e et 3e décennies, puisque 7 des 11 cas furent découverts et opérés entre 10 et 30 ans.

2 - Symptomatologie. Circonstances de découverte

La découverte des kystes bronchogéniques fut fortuite dans 9 cas. Soit à l'occasion d'un dépistage systématique, soit par hasard (affection intercurrente).

Dans 1 cas, ce fut une altération de l'état général qui amena à pratiquer de principe une radiographie pulmonaire (Obs.4).

Dans le dernier cas, c'est une pathologie de type broncho-pulmonaire qui attire l'attention : température, point de côté, expectoration purulente (Obs.10).

Enfin, il faut signaler que dans 1 cas, la découverte fut systématique en 1951, mais que le malade n'a pas été opéré à cette époque, et que par deux fois, en 1955 et en 1961, il a présenté d'une part des signes infectieux banaux, et d'autre part des signes plus proprement pulmonaires : dculeur, dyspnée, dysphagie (Obs.9).

3 - Examen radiologique

a - Dans la totalité des cas, l'image est unique.

b - L'image est homogène dans 10 cas. La seule image non homogène correspond au cas qui fut découvert à cause de sa symptomatologie.

c - Sur les clichés de face, l'image est ronde, régulière, et pleine dans 9 cas. De profil, l'image n'est ronde que dans 5 cas ; dans les autres cas de profil, on remarque une ovalisation à grand axe dirige vers le hile, qui a pu être interprétée comme un pé-

dicule qui n'a pas toujours été retrouvé à l'intervention ou à l'examen de la pièce.

d - Sept des 11 cas sont situés à droite du médiastin, 2 cas à gauche et 2 cas médians. Ceci confirme l'opinion générale que les kystes bronchogéniques du médiastin sont le plus souvent en position droite.

e - La localisation est variable, et selon la classification de MAIER, on trouve :

- 1 kyste paratrachéal droit,
- 1 kyste carinal médian
- 1 kyste paraoesophagien droit
- 1 kyste mixte gauche (sous la base du lobe inférieur)
- 7 kystes hilaires dont 1 gauche, 1 médian et 5 droits.

4 - Examens complémentaires

a - La bronchoscopie fut pratiquée dans 7 cas. Elle fut strictement normale dans 3 cas. Dans les 4 autres cas elle montrait un refoulement d'une bronche, sans altération organique.

b - La bronchographie lipiodolée fut pratiquée dans 2 cas. Les deux fois elle fut normale.

c - Les explorations fonctionnelles pratiquées dans 8 cas furent toujours normales.

d - La vitesse de sédimentation, normale dans 9 cas, était légèrement augmentée dans les 2 autres cas ; l'une correspondait au kyste à symptomatologie pulmonaire.

e - La recherche de la tuberculose a tou-

jours été négative en ce sens que les baciloscopies furent négatives et les cuti-réactions à la tuberculine très variables, en relation avec l'âge. Il est à noter cependant qu'un des malades fut traité pour tuberculose dans les 6 mois qui suivirent l'intervention ; néanmoins l'examen histologique n'avait pas mis en évidence de signes anatomopathologiques de tuberculose.

5 - Interventions

L'intervention de choix fut dans tous les cas la kystectomie. Elle ne fut difficile que dans 5 cas, lorsque des adhérences aux différents organes voisins rendirent la dissection délicate.

Les suites furent simples dans tous les cas, exception faite pour un cas où un décaillotage fut nécessaire. Cet incident correspond au kyste mixte, c'est-à-dire au kyste situé sous le lobe inférieur gauche (Obs.1).

6 - Pathologie associée

Nous entendons par là l'existence de malformations thoraciques ou autres, qui corroborent le diagnostic de congénitalité.

Dans un seul cas il fut trouvé une déhiscence péricardique localisée, malformation assez fréquemment rencontrée dans la littérature (Obs.3).

Dans un autre cas cependant, on note l'existence de très nombreuses malformations multiples dans la famille de la malade. Celle-ci présentait un kyste hilair droit sans caractéristique spéciale (Obs.7).

7 - Anatomo-pathologie

A - Macroscopie :

Le plus petit des kystes bronchogéniques opérés avait la taille d'une prune, le plus gros mesurait 10 cm sur 4 cm.

La paroi est souvent lisse, facilement clivable, sauf lorsque des adhérences cruentent sa surface.

Un pédicule fut trouvé par le chirurgien dans 5 cas. Dans un des cas, il ne s'agissait que d'un artefact ; deux de ces pédicules ne furent pas étudiés ; le 4e n'était fait que de vaisseaux bronchiques ; le dernier, tout à fait caractéristique, contenait tous les éléments d'une bronche borgne sans artère anormale. Ce pédicule, et la situation du kyste, à droite dans le médiastin inférieur et postérieur, a permis de poser le diagnostic de séquestration extra-lobaire. Ce fut le seul cas de séquestration trouvé dans cette série de kystes bronchogéniques (Obs.8).

B - Histologie :

a - L'épithélium cylindrique cilié, base du diagnostic et de la classification des kystes bronchogéniques du médiastin, fut naturellement retrouvé dans tous les cas. Mais cependant, un des kystes avait un épithélium endothélial parfois cilié (Obs.10). Cet aspect très incomplet s'explique, car il s'agissait du kyste cliniquement manifesté par des signes pulmonaires, entre autre une expectoration purulente, qui évoque immédiatement l'infection et la suppuration du kyste, modifiant alors le revêtement épithélial. Cette notion bien connue actuellement n'empêche pas de faire le diagnostic de kyste broncho-

génique, si les autres éléments, de découverte, clinique ou radiologique, sont évocateurs, ce qui était le cas ici.

b - Les glandes mucipares furent rencontrées dans 6 cas.

c - Les cartilages, très caractéristiques quand ils existent, ne furent retrouvés que 3 fois.

d - Les muscles lisses furent trouvés 3 fois.

e - Il n'a pas été trouvé de tissu d'origine digestive, et outre le stroma conjonctif et les vaisseaux de type bronchique, il n'a pas été trouvé non plus d'autres formations d'origine différente.

Le tableau ci-dessous résume ces notions et fait apparaître les groupements des éléments dans les 11 observations.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Epith.cyl. cilié	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Glandes	+	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-
Cartilage	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Muscle lisse	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-

RESUME

-:-

Le kyste bronchogénique du médiastin est une affection de l'adulte jeune, découverte le plus souvent fortuitement, dont les signes radiologiques sont en général une image unique, pleine, médiastinale, et plus fréquemment médiastinale droite. Les examens complémentaires sont presque toujours normaux. L'intervention ne pose pas de problèmes majeurs, et l'anatomopathologiste confirme le plus souvent un diagnostic proposé avant l'intervention, en mettant en évidence les éléments fondamentaux de ces malformations congénitales : la structure bronchoïde de la paroi.

-:-

CHAPITRE II

-:-

LE PROBLEME DES KYSTES BRONCHOGENIQUES INTRA-PARENCHYMEUX

-:-

INTRODUCTION

Parmi les cavités intra-parenchymateuses, un grand nombre ont un épithélium de type bronchique. Bien entendu, il serait abusif, de ce seul fait, de les classer parmi les malformations congénitales. En effet, la grande majorité sont des lésions acquises, avant tout lésions résiduelles après suppuration pulmonaire ou tuberculose, car les traitements antibiotiques actuels sont pourvoyeurs d'images claires résiduelles.

Il est très fréquent de trouver des bulles, dont la paroi est constituée d'un simple revêtement conjonctif ce qui semble permettre d'éliminer un kyste bronchogénique.

Mais l'on connaît bien actuellement le phénomène de l'épithélialisation secondaire de ce type de cavité. Ce phénomène, qui survient lorsque toute infection est totalement terminée, est progressif et extensif (théorie de l'épithélialisation par glissement) de telle sorte que, à l'examen histologique, la cavité apparaît complètement recouverte d'un épithélium bronchique. C'est dans ce cas que le diagnostic de kyste bron-

chogénique a pu être proposé, malgré la définition.

Le cas le plus fréquent et le plus typique est celui des lésions tuberculeuses guéries, où le médecin trouve une image intra-parenchymateuse kystique, où les examens à la recherche de la tuberculose restent absolument négatifs, où l'intervention éventuellement proposée extirpe une lésion qui a tous les caractères d'un kyste, où l'histologiste enfin répond : "épithélium bronchique". Ce processus est d'ailleurs valable pour les abcès du poumon. En fait, le problème, dans ces deux cas précis, est le plus souvent résolu par l'interrogatoire, qui recherche et retrouve les antécédents de la maladie originelle.

Mais le problème diagnostique se complique lorsque d'emblée on trouve une lésion de ce type, et que la recherche des antécédents s'avère infructueuse, soit parce que le sujet n'a jamais été malade, soit parce qu'il ait perdu tout souvenir précis d'une maladie causale.

• Par ailleurs, cette lésion apparemment primitive, peut suppurar, perdre les caractères de pureté qu'elle avait de prime abord, et dans ce cas, le diagnostic est encore plus difficile.

Cependant, il est des cas simples, où il semble que le diagnostic s'impose avec quelque évidence : c'est le nouveau-né, sans antécédent dans la plupart des cas, chez qui l'on trouve une image lacunaire intra-parenchymateuse. Mais ceci est rare, et il est plus fréquent chez ce sujet de voir l'énorme bulle de l'emphyseme malformatif. C'est en-

core l'image découverte précocement dans la vie, que l'on suit régulièrement pendant des mois ou des années. L'image ne se modifie pas, il n'y a aucun signe pathologique en dehors de cette lésion.

En outre, différents facteurs, et au premier plan l'augmentation des possibilités chirurgicales en matière de pathologie thoracique, ont fait ressortir une notion jusqu'alors méconnue : le phénomène de séquestration pulmonaire, dont le terme fut créé en 1946 par PRYCE, et dont les modalités furent décrites par GALY et DELARUE en France en 1951. Les séquestrations sont des malformations intrathoraciques où une portion de tissu broncho-pulmonaire est isolée de l'arbre bronchique, est irriguée par une artère anormale venant de l'aorte ou d'une de ses branches, et subit dans la majorité des cas une transformation kystique. Ces kystes, qui sont manifestement d'origine congénitale, ont une structure interne bronchoïde, ce qui permet, semble-t-il, de les classer parmi les kystes bronchogéniques.

Enfin, pour certaines formations kystiques, où l'histologie retrouve un revêtement bronchique, avec tous les éléments constitutifs de la bronche (cartilage, glande, muscle), où aucun signe d'accompagnement ne peut être retrouvé, c'est-à-dire que l'examen, pratiqué de façon très complète, ne peut mettre en évidence aucune trace ni de tuberculose, ni d'abcès, ni de séquestration, il est logique de penser qu'en l'absence de toute autre cause récente ou ancienne, ces formations sont congénitales, et puisque l'anatomopathologie retrouve une structure bronchoïde, on est en droit de parler de kystes bronchogéniques.

Bien entendu, il s'en faut de beaucoup que la description idéale ci-dessus soit réalisée, et alors, c'est la discussion des éléments du dossier qui va permettre de faire le diagnostic. Et plus on s'éloigne de cette description idéale, plus le diagnostic est hésitant, et plus ce diagnostic est sujet à caution.

o°o

HISTORIQUE

Certains auteurs se sont attachés à définir les raisons théoriques et pratiques d'étiqueter le terme de kyste bronchogénique à des lésions intra-parenchymateuses.

En 1947, BARIETY et COURY, à propos des tumeurs intra-thoraciques primitives, pensent qu'on est en droit de rapprocher des kystes bronchogéniques, des formations de même origine développées à l'intérieur même des organes respiratoires, en particulier "les rares tumeurs mixtes intra-pulmonaires à prédominance chondromateuses ou adénomateuses, encapsulées, énucléables et bénignes, qui seraient de véritables dysembryoplasies bronchogéniques intra-parenchymateuses". Ainsi donc, il se constituerait une "chaîne de dysembryoplasies homoplastiques respiratoires, bronchogéniques, dont on retrouve les maillons isolés dans le médiastin, la région pédiculaire, le péribronche, le parenchyme pulmonaire".

En 1961, GNAVI, ROLFO, et MAGGI, dans une étude sur le cadre pathogénique des kystes bronchogéniques à siège pulmonaire, distinguent deux origines dans la genèse des kystes pulmonaires. D'une part, le détachement d'un groupe des éléments endodermo-mésodermiques de l'ébauche primitive de l'arbre respiratoire, qui serait à l'origine soit de segments pulmonaires surnuméraires ou accessoires, soit de kyste à structure bronchique, soit de séparation d'ébauche pulmonaire, telle la séquestration. D'autre part, un trouble du processus d'adaptation réciproque entre les ébauches endodermiques de l'arbre bronchique et le mésenchyme qui l'entoure, à l'origine d'hypoplasies de l'ébauche pulmonaire et formations kystiques en general multiples.

Les auteurs ont voulu relier cette théorie sans portée pratique à leur conception du diagnostic des kystes bronchogéniques à siège pulmonaire. Ils pensent en effet que le kyste bronchogénique a une origine médiastinale et présente de ce fait une situation secondaire et contingente, mais néanmoins périphérique (sous-pleurale). L'enucléation est donc possible sans dommage pour le poumon. Il y a un plan de clivage (que les auteurs ont retrouvé dans leurs propres cas). En outre, il existe, théoriquement du moins, un pédicule fibreux ou fibro-vasculaire. Enfin, il n'y a pas de communication primitive avec l'arbre bronchique, ou si elle existe, elle est secondaire à une infection, et alors petite, souvent multiple, et tangentielle à la bronche. La présence de malformations associées est naturellement de grande valeur, témoignant d'une origine congénitale presque certaine.

Toute autre formation ne peut prétendre à

l'appellation de kyste bronchogénique, c'est-à-dire : les kystes multiples, situés dans un parenchyme pulmonaire anormal, difficilement énucléables, ou présentant une communication à plein canal avec une bronche. Ces kystes font partie d'un groupe sans limites précises entre le caractère congénitale et le caractère acquis.

En 1962, LESOBRE et OURY, insistent sur la fragilité des critères classiques (diagnostic histologique), réfutent la valeur de l'étude de la vascularisation (constitution d'un réseau de suppléance). Ils pensent néanmoins que certains éléments peuvent emporter le diagnostic. C'est tout d'abord la présence de malformations associées ; ensuite, l'étude attentive du pédicule bronchique et artériel, du parenchyme adjacent. Si la bronche dont le kyste est tributaire, est étroite, borgne, ou absente, c'est un argument en faveur de la congénitalité. Il en est de même pour une anomalie artérielle majeure. Enfin, lorsque le parenchyme pulmonaire a une structure fondamentalement différente des segments voisins, et que ce territoire est occupé par un ou plusieurs kystes, en l'absence de toute lésion de la bronche tributaire, c'est un argument de poids en faveur de la congénitalité.

LE PROBLEME DIAGNOSTIQUE

Sans vouloir adhérer entièrement à l'une ou l'autre des hypothèses de ces auteurs, nous voudrions discuter quelques arguments de diagnostic des kystes bronchogéniques intraparenchymateux, et présenter quelques observations du CENTRE MARIE LANNELONGUE, qui nous semblent caractéristiques soit par le nombre des arguments en faveur d'un kyste bronchogénique, soit au contraire par les problèmes qu'elles soulèvent.

Nous n'avons pas la prétention de régler la question des kystes bronchogéniques intraparenchymateux qui semble insoluble dans l'état actuel de nos connaissances, car on se heurte à des questions de plus en plus nombreuses au fur et à mesure que les cas deviennent plus litigieux.

Lorsqu'on examine les observations, on s'aperçoit qu'il est impossible de poser un diagnostic formel sur ces lésions. Le diagnostic se fait rétrospectivement sur un faisceau d'arguments, voire parfois sur une impression d'ensemble dont nous voudrions dégager quelques éléments.

En reprenant la définition des kystes bronchogéniques du médiastin, on voit que :

1ère notion : ce sont des kystes

2ème notion : ils ont une structure bronchique

3ème notion : ils sont congénitaux.

Le kyste, par définition, est une cavité close dont la vascularisation n'a pas de rapport avec le contenu. Le premier terme de

la définition semble avoir une importance comme nous le verrons plus loin.

La structure bronchique est une notion bien établie, qui est à la base de la classification, mais nous avons vu les restrictions qu'il faut apporter à cette notion en tant que critère de diagnostic.

La congénitalité semble devoir être le terme sur lequel doivent porter les efforts d'analyse.

Le dictionnaire Larousse dit d'une affection congénitale qu'elle a été contractée pendant la vie intra-utérine et qu'elle persiste après la naissance. Nous savons que les kystes bronchogéniques sont formés très tôt dans la vie embryonnaire par des bourgeonnements cellulaires aberrants. Si l'on connaissait une affection toxique, infectieuse ou carentielle provoquant cette malformation, et si l'on retrouvait cette affection pendant la grossesse maternelle, on pourrait parler à coup sûr de congénitalité. Or il n'en est rien, et nous sommes privés de ce seul argument qui serait, lui, un critère.

Il faut donc discuter et essayer de déterminer des arguments en faveur de la congénitalité qui n'ont, pris à part, aucune valeur absolue, mais dont le groupement permettrait d'affirmer la congénitalité. Les différents éléments du diagnostic peuvent ainsi être discutés.

1 - La symptomatologie

Un argument négatif en présence d'une lésion étiquetée kyste bronchogénique intra-

parenchymateux, est l'absence de tout phénomène pathologique expliquant cette lésion. Naturellement, c'est le problème de l'élimination de la tuberculose et des abcès du poumon, qui a été étudié ci-dessus, mais aussi celui de l'élimination des causes pulmonaires ou bronchiques pathologiques qui pourrait être à l'origine de formations kystiques. L'analyse de ces causes dépasse le cadre de cette étude, mais ce qu'il faut retenir, c'est l'importance de tout antécédent pulmonaire susceptible d'avoir une relation avec le kyste. Mais cet argument doit être discuté car d'une part ces antécédents peuvent être rattachés au kyste lui-même, et d'autre part, une lésion de primo-infection par exemple, peut avoir été méconnue ou négligée au cours d'un virage de cuti.

L'argument positif reste donc cependant l'absence d'antécédent.

Quant à la symptomatologie propre de l'image parenchymateuse, elle est variable et ne prend d'importance que conjointe aux caractères anatomopathologiques d'un kyste infecté, élément que nous étudierons plus bas.

2 - Situation - nombre

Un kyste pulmonaire peut être situé dans n'importe quelle partie du poumon. Certaine situation serait-elle en faveur d'une origine congénitale ? Selon les auteurs italiens, le kyste congénital aurait une situation périphérique dans le poumon. Cela semble correspondre en fait à une séquestration extra-lobaire, mais intra-pulmonaire, et à ce titre, pouvoir être rattaché à une malformation

congénitale ; encore faut-il que d'autres éléments viennent confirmer cette séquestration, parenchyme anormal, artère anormale, éléments bronchiques anormaux.

L 'argument positif est donc la présence d'un kyste dans une séquestration.

Dans le médiastin, le kyste bronchogénique est toujours unique. Il semble difficile d'affirmer qu'il en soit de même pour les kystes intra-pulmonaires. En effet, si la formation des kystes bronchogéniques du médiastin est relativement précoce au cours de la vie intra-utérine, celle des kystes pulmonaires est un peu plus tardive, car survenant sur une portion plus éloignée de l'arbre respiratoire ; par ailleurs, ce kyste se forme dans un milieu ambiant beaucoup plus dense, et des tractus peuvent diviser le kyste au cours de sa croissance. Cependant, il est certain que des kystes multiples occupant tout un lobe ou tout un segment doivent plutôt être rattachés à une cause bronchique en amont.

Donc, on ne semble pas pouvoir tirer argument du nombre des kystes en présence.

3 - Rapport entre le kyste et la bronche

Comme il a été vu dans la définition des kystes, c'est une cavité close sans communication avec le milieu extérieur. Il n'y a donc pas a priori de communication entre le kyste et la bronche. Une chose en tout cas semble certaine, c'est que toute communication à plein canal d'un kyste et d'une bronche normale doit faire éliminer le diagnostic de congénitalité. En effet, si le kyste est d'origine bronchique, la bronche est tou-

jours borgne, atrophiée ou même inexistante, comme en témoigne l'étude des pédicules des kystes bronchogéniques du médiastin ou des bronches de séquestration. En fait, la seule communication possible ne peut être que secondaire à un processus infectieux évacuant le kyste vers les voies aériennes. Dans ce cas, la communication se fait de façon inhabituelle, souvent tangentielle, et en tout cas, l'histologie retrouve des signes récents ou anciens d'inflammation.

En conclusion, toute communication primitive avec une bronche doit faire éliminer la possibilité de congénitalité.

4 - L'intervention

Le kyste bronchogénique pulmonaire étant une formation isolée du poumon, au point de vue embryologique, d'origine extérieure, le chirurgien doit en théorie pouvoir extirper cette lésion sans difficulté. S'il n'est pas possible de trouver un clivage sur toute la périphérie du kyste, tout au moins doit-on pouvoir le cliver sur la majorité de sa surface, et ne pas devoir emporter de parenchyme sain autour du kyste. Mais dans les séquestrations intra-lobaires, il est possible de rencontrer des languettes de parenchyme plus ou moins atrophié qui ne fait pas partie du segment en cause. Mais là encore cet argument n'est pas formel, car il est fréquent que l'infection ait constitué une coque inflammatoire autour du kyste, et le décollement est plus problématique, obligeant à une segmentectomie ou une lobectomie.

En conclusion, la possibilité d'un clivage ou au moins d'une exérèse facile est en fa-

veur de la congénitalité.

5 - L'histologie

Selon la définition, un kyste bronchogénique a une structure bronchique, constitué par un épithélium cylindro-cubique cilié, du cartilage, des muscles lisses, des glandes bronchiques. Il est certain qu'un kyste où l'on retrouverait au complet ces quatre éléments ferait sa preuve par lui-même, et affirmerait donc son origine congénitale, (tel l'Obs.2 des kystes bronchogéniques du médiastin), mais ceci est rare dans les formations intra-pulmonaires, et on ne peut tirer argument de la présence ou de l'absence des constituants de la bronche.

Cependant, un fait découle directement de l'étude de la symptomatologie : dans un kyste qui serait d'origine congénitale, on ne doit en aucun cas retrouver de signe d'une autre affection, qui aurait pu provoquer la lésion kystique. Pas de follicules tuberculeux, pas de sclérose importante témoignant d'un abcès ancien, pas de parasitose, pas de lésions bronchiques ayant pu être la cause de ce kyste.

Donc l'absence de toute lésion spécifique ou non, pouvant évoquer une maladie causale, permet de faire penser à la congénitalité.

Par ailleurs, l'étude attentive du parenchyme environnant et des pédicules bronchiques et artériels peut amener des arguments très intéressants. Le parenchyme pulmonaire peut être normal ou présenter une hypoplasie. La bronche peut être normale ou être le siège d'une sténose cicatricielle ou encore être

borgne ou absente. Les coupes artérielles peuvent montrer des anomalies telles que variation de taille ou de constitution, présence de caractères appartenant aux artères de type aortique, ou simple hypervascularisation de suppléance.

En conclusion, quels sont les éléments en faveur de la congénitalité ? Contre, on a : bronche cicatricielle, vascularisation normale. Pour : une bronche borgne ou absente, un système artériel anormal, un parenchyme hypoplasique.

6 - Les malformations associées

En faveur de la congénitalité, un argument de valeur semble être la présence d'autres malformations. En fait, il est souvent difficile de dire si la coexistence d'une malformation et d'une lésion de type kystique est ou n'est pas une coïncidence, ou encore si dans certains cas, la lésion kystique n'est pas la conséquence de la malformation (par exemple, problème du rapport entre les dilations kystiques et l'inversion viscérale du syndrome de Kartagener).

Il semble donc que la présence de malformations associées soit un argument en faveur de la congénitalité, mais qu'il faille être prudent dans l'estimation de la valeur de cet argument.

En conclusion ,

- l'absence d'antécédents
- la présence d'une séquestration kystique
- l'absence d'une communication primitive avec une bronche

- la possibilité d'un clivage ou d'une exérèse facile
- l'absence de toute lésion spécifique
- l'éventualité d'autres malformations congénitales

militent en faveur de l'origine congénitale d'une formation kystique intra-parenchymateuse.

°°°

Nous avons voulu essayer de vérifier ces conclusions en "cotant" 27 observations en fonction de ces différents arguments. Ces 27 observations ont été prises parmi des dossiers du CENTRE MARIE LANNELONGUE constituées de lésions intra-parenchymateuses comportant un épithélium bronchique. Il a été éliminé de ces observations les formations où un diagnostic spécifique avait été posé (dilatations des bronches, abcès, etc...). Deux de nos malades ayant au-dessous de 10 ans, il s'agit donc là essentiellement de lésions de l'adolescent ou de l'adulte à l'exclusion des nourrissons.

Par ailleurs, nous avons dissocié des "autres malformations congénitales" les malformations locales respiratoires associées, qui nous semblent être d'une importance beaucoup plus certaine.

Nous avons en outre ajouté "la présence de 2 éléments bronchiques", qui constitue la moyenne trouvée dans les kystes bronchogéniques du médiastin.

Obs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	AMA	BEZ	CAU	CHI	DAR	DUP	FER	GIO	JOL	JOU	JUL	JUM	KAS	LAV	LEB
	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.	Obs.
Absence d'antécédents	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
Séquestration	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Absence de com-munic. primitive	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Excrèse facile	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Absence de lé-sions spécif.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Malform. local-les associées	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres malfor-mations	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 éléments bronch.	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-
Total	1,5/7	6/7	1/8	4/8	4/7	2/8	4/7	2,5/6	3,5/8	2/7	2,5/8	1,5/6	0/8	5/8	2,5/7
Totaux 10	2	8,5	1,5	5	5,5	2,5	5,5	3,5	4,5	3	2,5	2	0	6	3,5
Rang	23	1	25	6	4	19	5	13	8	16	17	20	27	3	14

	Absence d'antécédents	Séquestration	Absence de communication primitive	Excrèse facile	Absence de lésions spécifiques	Malform. locales associées	Autres malformations	2 éléments bronch.	Total	Potiaux 10	Rang
Obs. 16 LEB	+-	-	-	?	+	-	-	-	1,5/7	2	24
Obs. 17 LEC	+	-	-	?	+	-	-	-	2/7	3	18
Obs. 18 LEC	+-	-	?	?	+	-	-	-	1,5/6	2,5	21
Obs. 19 LOI	+-	-	?	?	+	-	-	+	2,5/6	4	9
Obs. 20 MAN	-	-	?	?	+	-	-	-	1/6	1,5	26
Obs. 21 PAY	+-	-	?	?	+	-	-	-	1,5/6	2,5	22
Obs. 22 RAG	+	-	+	+	+	-	-	-	4/8	5	7
Obs. 23 RIO	+-	+	+	+	+	-	+	+	6,5/8	8	2
Obs. 24 ROL	+-	-	?	+	+	-	-	+	2,5/7	3,5	15
Obs. 25 RUG	+-	-	?	+	+	-	-	-	3,5/8	4	10
Obs. 26 SEN	+-	-	?	?	+	-	-	+	2,5/6	4	11
Obs. 27 STA	+-	+	?	?	+	-	-	-	2,5/6	4	12
	8+	5+	9+	8+	23+	2+	3+	8+			
	15+-	22-	6-	6-	4-	25-	24-	19-			
	4-		22?	13?							

N.B.:+-: antécédent pouvant être rattaché au kyste lui-même

Cotation : + = 1 ; +- = 1/2 ; - = 0 ; ? non compté

COMMENTAIRES

-:-

1 - Absence d'antécédents

- a - Absence d'antécédents
8 cas "cote" moyenne : 4,8
- b - Présence d'antécédents
4 cas "cote" moyenne : 1,5
- c - Antécédents pouvant être
rattachés au kyste
15 cas "cote" moyenne : 4,4

Différence entre a- et b- = 3,3

La présence d'antécédents est un argument de valeur contre le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux. Par contre, la présence d'antécédents pouvant être rattachés au kyste lui-même, n'est pas un argument qui puisse faire éliminer ce diagnostic.

2 - Séquestration

- a - Présence d'une séquestration
5 cas moyenne : 5,4
- b - Absence de séquestration
22 cas, moyenne : 3,3

Différence entre a- et b- = 2,1

Il est seulement possible de dire que la présence d'une séquestration est en faveur d'un kyste bronchogénique intra-parenchymateux, sans que son absence puisse rejeter le diagnostic.

3 - Communication primitive

a - Absence de communication primitive

9 cas : moyenne : 5,5

b - Présence de communication primitive

6 cas : moyenne : 2

c - Sans précision : 12 cas

Différence entre a- et b- = 3,5

La présence d'une communication primitive est un argument de valeur contre le diagnostic et son absence milite en sa faveur.

4 - Exérèse facile - clivage

a - Possibilité de clivage

ou exérèse facile

8 cas - moyenne : 4,9

b - Exérèse difficile (lobectomie)

6 cas - moyenne : 2,3

c - Sans précision : 12 cas

Différence entre a- et b- = 2,6

Les possibilités de clivage sont donc très en faveur d'un kyste bronchogénique intra-parenchymateux, mais l'exérèse difficile n'exclut pas le diagnostic, à cause de l'infection possible.

5 - Lésions spécifiques

a - Absence de lésions spécifiques

23 cas moyenne : 4

b - Présence de lésions spécifiques

4 cas moyenne : 1,6

Différence entre a- et b- = 2,4

La présence de lésions spécifiques doit faire éliminer formellement le diagnostic de kyste congénital.

6 - Malformations de l'appareil respiratoire

a - Présence de malformations respiratoires associées

2 cas moyenne : 7

b - Absence 25 cas moyenne : 3,4

Différence entre a- et b- = 3,6

La présence de malformations locales respiratoires associées est un signe de très grande valeur, mais leur absence qui est le cas le plus fréquent ne doit pas entrer en ligne de compte pour éliminer le diagnostic.

7 - Autres malformations

a - Présence d'autres malformations

3 cas moyenne : 6

b - Absence 24 cas moyenne : 3,4

Différence entre a- et b- = 2,6

La présence d'autres malformations semble

favorable au diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux, mais leur absence n'infirmé en rien ce diagnostic.

8 - Présence de 2 éléments bronchiques

a - Présence de 2 éléments bronchiques ou plus : 8 cas : moyenne : 4,5

b - Epithélium bronchique seul :
19 cas : moyenne : 3,3

Différence entre a- et b- = 1,2

On ne peut donc pas tirer argument formel de la présence de 1 ou plusieurs éléments bronchiques.

Il faut remarquer que cette liste n'est naturellement ni exhaustive ni limitative, qu'elle ne prétend pas constituer une "règle à calcul" pour le diagnostic de kystes bronchogéniques intra-parenchymateux, mais elle a seulement servi de base à l'étude de ces lésions, car on ne peut actuellement se référer à aucune liste de kystes bronchogéniques intra-parenchymateux formellement diagnostiqués.

Le simple calcul met cependant en évidence une notion importante : celle d'importance relative des éléments considérés, très facilement calculée par la différence des "cotes moyennes" des cas extrêmes pour chaque argument. C'est ainsi que nous obtenons, par ordre d'importance décroissante :

1 - Malformations locales de l'appareil respiratoire

- 2 - Absence d'antécédents
et absence de communication primitive
- 3 - Clivage ou exérèse facile
et présence d'autres malformations
- 4 - Absence de lésions spécifiques
- 5 - Séquestration
- 6 - Présence de deux éléments bronchiques
au moins

Ce classement amène à faire quelques remarques.

Tout d'abord l'importance de malformations respiratoires associées lorsqu'elles existent.

Ensuite, le peu d'importance qu'il faut accorder à la présence des éléments histologiques, sur quoi repose habituellement le diagnostic de ces lésions. Il en résulte que le diagnostic des kystes bronchogéniques intra-parenchymateux ne doit pas être confié uniquement à l'anatomopathologiste.

Enfin, l'importance relative de la séquestration qui ne vient qu'en avant-dernière position. Mais ceci tient au fait que lors d'une séquestration, on ne recherche et on ne trouve que les éléments propres à cette séquestration qui constitue une malformation par elle-même. En outre, la présence d'un kyste dans une séquestration est la signature de l'origine congénitale de la lésion, pour autant que l'on admette que les séquestrations soient congénitales.

Parmi les 27 observations qui constituent notre étude, nous en avons sélectionné 8 qui nous paraissent caractéristiques des problèmes posés par le diagnostic des kystes bronchogéniques intra-parenchymateux. Nous les avons classés en 5 groupes :

- 1 - Un groupe indiscutable
- 2 - Un groupe où la discussion porte sur l'image radiologique et l'aspect de la formation kystique
- 3 - Un groupe où la discussion porte sur les antécédents
(Dans ces deux derniers groupes, nous avons discuté en outre une observation où la discussion porte aussi sur la présence de lésions associées)
- 4 - Un groupe où la discussion porte sur la présence d'une communication bronchique
- 5 - Un dernier groupe enfin, à éliminer.

1er groupe (indiscutable)

Observation (n°2) : BEZ... Eliane, femme, 24 ans ; découverte systématique en 1958 d'une image hydro-aérique du lobe supérieur droit à paroi épaisse. La bronchographie est normale, et n'injecte pas le kyste. La bronchoscopie est aussi normale, exception faite d'un diverticule trachéal droit. Les examens complémentaires (numération, formule sanguine, vitesse de sédimentation) et fonctionnels sont normaux. A l'intervention, nombreuses malformations anatomiques de la veine azygos, de la veine pulmonaire inférieure, outre le diverticule trachéal. On pratique une lobectomie supérieure droite et une diverticulectomie. Les suites sont simples. Histologiquement, épithélium

cylindrique cilié, glandes et cartilages ; pas de communication bronchique, pas d'artère anormale.

Conclusion : il s'agit très vraisemblablement d'un kyste bronchogénique intra-parenchymateux, car il n'y a pas d'antécédents, le kyste est isolé au point de vue bronchique, il y a des malformations locales et régionales associées, car enfin, trois éléments bronchiques sont retrouvés. La "cote" était de 8,5/10.

Observation (n°23) : RIO... Jeanine, femme, 33 ans ; un épisode fébrile non diagnostiqué fait pratiquer de principe une radiographie qui découvre une image dense de la base droite opacité dense à niveau liquide se projetant dans le 9e espace inter-costal droit et de profil dans la gouttière costo-vertébrale. Bronchographie et bronchoscopie sont strictement normales. Les examens complémentaires et fonctionnels sont normaux. Mais l'aortographie met en évidence une volumineuse artère aortique anormale. L'intervention consiste en une lobectomie inférieure droite, la dissection et la section d'une très grosse artère anormale. Les suites sont simples. L'anatomopathologie montre : primo, une séquestration extra-lobaire non kystique irriguée par l'artère anormale ; secundo, un kyste postéro-externe comportant un épithélium bronchique typique, des vestiges cartilagineux et du parenchyme pulmonaire.

Conclusion : cette observation extrêmement typique de séquestration confirme le diagnostic de kystes bronchogéniques intra-parenchymateux, étayé par les signes histologiques et l'absence d'antécédents ("cote" : 8/10).

2e groupe : (discussion image et
image + lésion)

Observation (n°4) : CHI... Gisèle, femme, 17 ans ; découverte systématique à la fin de 1961, d'une image claire à bord fin occupant la quasi totalité de la base droite, de siège plutôt antérieur. La bronchographie ne montre qu'une déformation bronchique autour de l'image sans injection du kyste. La bronchoscopie est normale, les examens complémentaires et fonctionnels aussi. Le chirurgien pratique une kystectomie. Le clivage est facile sur une grande partie du kyste, il n'y a pas de bronche communicante. L'histologie montre un épithélium bronchique discontinu, sans autres éléments.

Conclusion : les éléments contre le diagnostic des kystes bronchogéniques intraparenchymateux sont manifestement la taille du kyste et le peu d'éléments histologiques. Mais pour ce diagnostic, l'absence de tout antécédent, ce qui semble étonnant pour une lésion de cette taille, l'absence de bronche communicante, l'absence de tout signe associé clinique ou anatomique ayant rendu possible un clivage tout au moins partiel, plaident en faveur du kyste bronchogénique intraparenchymateux ("cote" : 5/10).

Observation (n°26) : SEN... Jeanne, femme, 42 ans ; découverte à la suite d'un épisode fébrile en 1955, d'images multicavitaires de la base droite, sans paroi propre. Il n'y a pas d'antécédents notables par ailleurs. La bronchographie montre une dilatation bronchique basale postérieure. Le kyste ne s'injecte pas. La bronchoscopie est normale. Les examens complémentaires et fonctionnels sont normaux. On pratique une lobec-

tomie inférieure droite. Les suites sont simples. L'anatomopathologie montre une paroi très mince, pas d'artère anormale, épithélium cylindrique cilié, muscles et glandes.

Conclusion : contre le diagnostic, il y a la présence de multiples images, la présence de dilatations basales postérieures. Mais le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux est cependant porté sur l'absence d'antécédents, l'absence de signes d'infection péri-kystique, l'absence de bronche communicante, l'intervention simple, la présence de trois éléments bronchiques ("cote" : 4/10).

3e groupe (antécédent et antécédent + lésions)

Observation (n°19) : LOI... Yvette, femme, 32 ans ; à la suite d'épisodes multiples broncho-pulmonaires et d'hémoptysies depuis l'âge de 9 ans, le diagnostic de lobe supérieur droit polykystique est porté. En effet, le sommet droit présente un aspect polykystique. Dans les antécédents, on note une coqueluche à l'âge de 5 ans. La bronchographie montre un aspect normal des autres territoires bronchiques, et il n'y a pas d'injection du lobe supérieur droit. La bronchoscopie est normale, les examens complémentaires et fonctionnels de même. On fait une lobectomie supérieure droite sans difficulté. Les suites sont simples. A l'examen anatomopathologique, lobe dense avec plusieurs cavités, épithélium cylindrique, fibres lisses.

Conclusion : en faveur du kyste bronchogénique intra-parenchymateux, les seuls élé-

ments sont l'absence d'injection des cavités, l'absence de manifestations anatomiques des autres lobes, la présence de fibres musculaires, outre l'épithélium bronchique. Contre ce diagnostic, l'insuffisance des arguments positifs (puisque le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux ne peut être que positif), le fait que tout un lobe soit en cause, qu'il n'y ait aucune possibilité d'affirmer que cette image était présente avant la coqueluche survenue à l'âge de 5 ans. Ceci fait que, bien qu'il soit possible de parler de kyste bronchogénique intra-parenchymateux, ce diagnostic est rejeté ("cote" : 4/10).

Observation (n°24) : ROL... Jacques, homme, 30 ans ; épisodes infectieux répétés depuis 1955 avec température à 40°, douleur et vomique ayant nécessité un drainage. La radiographie montre une image hydro-aérique du champ moyen gauche, juxta-hilaire à paroi épaisse. Le malade consulte en 1956. La bronchographie montre des ectasies péricavitaires, et une injection du kyste. La bronchoscopie montre un rétrécissement inflammatoire de la bronche lobaire inférieure gauche. Les examens complémentaires à cette phase non évolutive sont normaux ainsi que les examens fonctionnels. On pratique une lobectomie inférieure gauche qui s'avère difficile et hémorragique. Il n'est pas trouvé d'artère anormale. Les suites sont simples. L'examen de la pièce montre un épithélium cylindrique, des fibres musculaires lisses, pas d'orifice cavitaire.

Conclusion : pour le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux, on a la présence d'une image unique qui a pu sup-

pur et se vider dans les voies aériennes un an avant l'intervention, la présence de fibres musculaires, l'absence d'orifice à l'examen anatomopathologique. Ceci est en contradiction avec les signes cliniques et radiologiques puisqu'il y a eu vomique et injection bronchographique. En outre, et contre le diagnostic, la difficulté d'extirpation de la lésion, et la présence d'ectasies péricavitaires qui finalement tendent à faire poser le diagnostic de dilatation kystique infectée. On remarque à ce sujet, qu'il faut être très prudent dans la confirmation ou l'infirmerie d'une communication bronchique ("cote" : 3,5/10).

4e groupe (bronche communicante)

Observation (N°11) : JUL... Edouard, homme, 53 ans ; découverte systématique en 1958 d'une cavité occupant tout le culmen gauche, à paroi mince non parfaitement cerclée. Dans les antécédents, un épisode infectieux en 1953, une hémoptysie en 1957. Consultation en 1958. La bronchographie met en évidence une injection à plein canal de la cavité kystique, la bronchoscopie est normale, les examens complémentaires sont normaux, les examens fonctionnels légèrement diminués. L'intervention consiste en une pneumonectomie. Les suites sont simples, et l'anatomopathologie montre un épithélium cylindrique de type bronchique, des fibres musculaires, et une communication à plein canal avec une bronche normale.

Conclusion : quels sont les facteurs en faveur du diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux ? La découverte systématique et la présence de fibres musculaires.

Contre le diagnostic : l'absence de paroi propre, mais surtout, l'injection à plein canal de la substance de contraste par une bronche normale (qui, par le drainage qu'elle effectue peut expliquer l'absence d'épisodes infectieux rétentionnels). Cette précision, établie par deux examens, doit faire éliminer le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux. Cet aspect évoque plutôt, vu l'âge du malade, une bulle d'emphysème ayant subi une épithélialisation secondaire. La présence de fibres musculaires, voire de glandes mucipares, n'est pas extraordinaire dans une épithélialisation de cette sorte ("côte" : 3/10).

5e groupe (à éliminer)

Observation (n°12) : JUM... Georges, homme, 30 ans ; malade vu en 1957 et présentant depuis 12 ans des épisodes infectieux à répétition avec quelques hémoptysies. Il présente par ailleurs un hippocratisme digital. La radiographie montre 2 gros kystes arrondis à paroi mince de la base gauche. La bronchographie injecte les cavités et fait suspecter des dilatations bronchiques du lobe inférieur droit. La bronchoscopie est normale, les examens complémentaires aussi, les examens fonctionnels légèrement diminués. On pratique une lobectomie inférieure gauche, très hémorragique au niveau du ligament triangulaire, mais on ne retrouve pas d'artère anormale. L'histologie trouve un épithélium cylindrique cilié avec des ébauches de fibres musculaires lisses, mais aussi des lésions nodulaires caséuses.

Conclusion : en faveur du kyste bronchogénique intra-parenchymateux, il n'y a guère

que la présence de ces deux gros kystes à paroi mince, l'épithélium bronchique et l'abauche de fibres lisses, élément dont on connaît le peu de valeur. Contre ce diagnostic, la présence des dilatations bronchiques du lobe inférieur droit, mais surtout la présence de ces lésions nodulaires caséeuses qui, à elles seules, éliminent le diagnostic en supposant une tuberculose préalable, en sachant quel polymorphisme peut se voir dans les cavités résiduelles bacillaires ("cote" : 2,5/10).

N.B. La totalité des observations sont présentées en annexe sous forme de tableaux ci-après.

°°°

CONCLUSIONS

De cette courte étude, il résulte que le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux s'avère fort délicat dans la plupart des cas qui ne réunissent pas un nombre considérable d'arguments en faveur de ce diagnostic ou qui présentent des signes qui évoquent au premier chef une autre origine.

Il faut penser au kyste bronchogénique intra-parenchymateux devant une cavité du parenchyme pulmonaire, découverte le plus souvent fortuitement, sans aucun signe associé, sans antécédents pulmonaires qui ne puissent être rattachés à coup sûr au

kyste lui-même, où l'intervention proposée extirpe un kyste facilement énucléable, et où l'histologie retrouve les principaux éléments bronchiques. L'absence d'un seul de ces signes rend suspect tout diagnostic, sauf si l'on a la chance de trouver soit une séquestration, soit ce qui est beaucoup rare, une malformation locale associée.

Une chose est certaine : le diagnostic de kyste bronchogénique intra-parenchymateux n'est en aucun cas un diagnostic d'élimination, car il repose sur des constatations objectives, sur lesquelles il n'est pas possible de transiger. En d'autres termes, il semble qu'il vaille mieux ne pas mettre d'étiquette sur une cavité pulmonaire, que de parler de kyste bronchogénique intra-parenchymateux, lorsque des arguments très forts ne sont pas apportés à l'appui de ce diagnostic.

PRESENTATION DES 27 OBSERVATIONS
DE LA SERIE CONSIDEREE

-:-

Abréviations utilisées :

Bg : bronchographie

Bs : bronchoscopie

EF : examens fonctionnels

Ep. cyl. cil. : Epithélium cylindrique
 cilié

Gl. : glandes

Musc. : Fibres musculaires lisses

Comm. Br. : communication bronchique

A.A. : artère anormale

K.B.I.P. : kyste bronhogénique intra-
 parenchymateux

-:-

N° Nom Date	Découverte	Examen radiologique
Obs. 1 AMA... Hocine 1956 30 ans 8898 M	Petites hémoptysies a atteinte de l'EG	Petites images hydro-aériques de la base droite
Obs. 2 BEZ... Eliane 1958 24 ans 14094 F	Systématique	Kyste hydro-aérique du L.S.D. Paroi épaisse
Obs. 3 CAU... Guy 1959 22 ans 16560 M	Pleurésie purul. base gau- che à l'âge de 6 mois 1958 : épisode grippal. 1949 : tuberc. prim.	Image hydro-aérique base G Paroi mince
Obs. 4 CHI... Gisèle 1962 17 ans 22594 F	Systématique	Image claire à bord fin de la base D. Siège antérieur
Obs. 5 DAR... Christian 1956 7 ans 8366 M	Systématique en 1955	2 images kystiques à paroi fine du L.I.D.

PRESENTATION DES 27 OBSERVATIONS
DE LA SERIE CONSIDEREE

-:-

Abréviations utilisées :

Bg : bronchographie

Bs : bronchoscopie

EF : examens fonctionnels

Ep. cyl. cil. : Epithélium cylindrique
 cilié

Gl. : glandes

Musc. : Fibres musculaires lisses

Comm. Br. : communication bronchique

A.A. : artère anormale

K.B.I.P. : kyste bronhogénique intra-
 parenchymateux

-:-

N° Nom Date	Découverte	Examen radiologique
Obs. 1 AMA... Hocine 1956 30 ans 8898 M	Petites hémoptysies a atteinte de l'EG	Petites images hydro-aériques de la base droite
Obs. 2 BEZ... Eliane 1958 24 ans 14094 F	Systematique	Kyste hydro-aérique du L.S.D. Paroi épaisse
Obs. 3 CAU... Guy 1959 22 ans 16560 M	Pleurésie purul. base gau- che à l'âge de 6 mois 1958 : épisode grippal 1949 : tuberc. prim.	Image hydro-aérique base G Paroi mince
Obs. 4 CHI... Gisèle 1962 17 ans 22594 F	Systematique	Image claire à bord fin de la base D. Siège antérieur
Obs. 5 DAR... Christian 1956 7 ans 8366 M	Systematique en 1955	2 images kystiques à paroi fine du L.I.D.

N° Nom Date	Découverte	Examen radiologique
Obs. 6 DUP... Philippe 1958 17 ans 14501 M	Systématique	Image volumineuse du Nelson paroi mince
Obs. 7 FER... Renée 1958 20 ans 13273 F	Systématique en 1957	Image claire 4 cm postérieure au niveau du hile D dans la scissure paroi mince
Obs. 8 GIO... Françoise 1955 21 ans 5596 F	Episode aigu Point de côté vomique	Image hydro-aérique hilaire G + quelques images claires Paroi épaisse
Obs. 9 JOL... André 1959 38 ans 20471 M	1953 : abcès du poumon droit 1957 : systématique	Image ronde avec niveau liq. Paroi épaisse
Obs. 10 JOU... René 1953 30 ans 1689 M	1941 : pleurésie purulente; drainage 1946 : hémoptysies à répétition	Images claires à paroi mince du L.S.D.
Obs. 11 JUL... Edouard 1958 53 ans 14684 M	Episode infect. 1953 1957 : hémoptysie 1958 : systématique	Cavité occupant tout le culmen G. paroi mince Non parfaitement cerclée

Obs. Nom	Examens complémentaires	Intervention
Obs. 1 AMA..	Bg : déform. de la paracard. et dors. du L.I. Bs : Aspect inflamm. des grosses bronches EF : = N	Lobectomie inf. D difficile hémorragique pleurotomie au 3e j.
Obs. 2 BEZ..	Bg : = N Pas d'injection Bs : = N EE : = N Présence d'un divert. trach.	Lobectomie sup. D Diverticullectomie Nombr. malfor. thor. Cf. descript. ci-dessus
Obs. 3 CAU..	Bg : = N Bs : = N EF : = N	Kystectomie dans segment basal ext. du L.I.G.
Obs. 4 CHI..	Bg : déformation arbre bronchique pas d'injection Bs : = N EF : = N	Kystectomie clivage facile pas de bronche communicante
Obs. 5 DAR..	Bg : refoulement des bronches pas d'injection Bs, EF non faits	Lobectomie inf. D. Hémorragie par artère anormale

Obs. Nom	Examens complémentaires	Intervention
Obs. 6 DUP..	Bg : refoulement des bronches pas d'injection Bs et EF : = N Hypospadias	Kystotomie capitonnage Suites hémorragiques
Obs. 7 FER..	Bg : = N Bs : aplasie des cart. trach. et bronches EF : légèrement diminués	Kystectomie dans petite scissure aux dépens du ventral Peut-être pédicule
Obs. 8 GIO..	Bg : bronches écartées Bs et EF = N	Lobectomie inf. G. Artère anorm. de aorte thor. entre lig. large
Obs. 9 JOL..	Bg) Bs(= N EF)	Résection partielle du Nelson
Obs. 10 JOU..	Bg : cavités injectées. Dilatations dans segm. basal et Nelson Bs : oedème de orifice du Nelson EF : = N	Lobectomie sup. D. + Nelson Fistule bronch. amène à pneumonectomie
Obs. 11 JUL..	Bg : injection à plein canal Bs : = N EF : légèrement diminués	Pneumonectomie

Obs. Nom	Histologie	Diagnostic	Observations
Obs. 1 AMA..	Revêtement épithélial parfois cilié	"cote" : 2 K.B.I.P. ?? Dilatations des bronches	
Obs. 2 BEZ..	Ep. cyl. cil. Gl. Cart. Pas de comm. br. Pas d'A.A.	"cote" : 8,5 K.B.I.P. +++	
Obs. 3 CAU..	Epith. en partie bronch. Comm. br. Follicules tuberculeux	"cote" : 1,5 Lésions résiduelles tuberculeuses	
Obs. 4 CHI..	Ep. bronchique discontinu	"cote" : 5 K.B.I.P.	
Obs. 5 DAR..	Séquestration Cavité à paroi endothéliale Pas de comm. br.	"cote" : 5,5 Séquestration kystique	
Obs. 6 DUP..	Ep. bronchique coque inflammatoire Comm. Br.	"cote" : 2,5 Dg impossible entre kyste congénital et acquis	

Obs. Nom	Histologie	Diagnostic	Observations
Obs. 7 FER..	Ep. cyl. cil. Paroi conjonctive dense	"cote" : 5,5 K.B.I.P.	
Obs. 8 GIO..	6 cavités à Ep. cyl. Pus et sang	"cote" : 3,5 Séquestration kystique	
Obs. 9 JOL..	Ep. cyl. cil. Pas de Comm. Br.	"cote" : 4,5 K.B.I.P.	
Obs. 10 JOU..	Ep. cyl. cil. Musc. Cart. Paroi épaisse	"cote" : 3 Dilatations kystiques probables	
Obs. 11 JUL..	Ep. cyl. cil. Musc. Comm. Br. (bronche norm.)	"cote" : 3 Cavité probablement acquise	

N°	Nom	Date	Découverte	Radio
Obs.12	JUM..		Episodes infectieux à répétition depuis 12 ans avec hémoptysies Hippocratisme digital	2 gros kystes arrondis à paroi mince de la base G.
1957	Georges	30 ans		
10302	M			
Obs. 13	KAS..		1956 : altération de l'EG toux expect. BK + 1 fois Strepto PAS 10 mois	Condensation rétractile du L.S.D. Attraction de la trachée
1957	Said	25 ans		
10207	M			
Obs. 14	I.A.V..		Systématique en 1957	Image arrondie dense pleine de la base D dans goutt.cost.vert.
1959	René	38 ans		
20296	M			
Obs.15	LEB..		Episodes infectieux avec vomique Sinusite chronique	Image claire à paroi mince du L.S.G.
1953	Jean	23 ans		
1349	M			
Obs.16	LEB..		Episodes bronchiques répétés de 1948 à 1953	Image claire de la base D. à paroi épaisse
1954	Michel	11 ans		
4390	M			

N°	Nom	Date	Découverte	Radio
Obs.17	LEC...		Systématique	Images claires à paroi mince du L.I.G.
1955	Guy	29 ans		
5142		M		
Obs.18	LES...		Coqueluche à 5 ans	Image bulleuse de la base D. avec niveau liquide
1956	Rosine	10 ans	Expectoration persist.	
8726		F	1954 : épisode aigu	
Obs.19	LOI...		Coqueluche à 5 ans	Image polykystique du L.S.D.
1955	Yvette	32 ans	épisodes aigus à partir de 9 ans. Dg de L.S.D. kystique	
5789		F		
Obs.20	MAN...		1956 : tuberculose G	Image claire de la base D. à paroi mince
1957	Zidane	24 ans	BK +	
12985		M	1957 : systématique	
Obs.21	PAY...		Episodes infectieux à répétition	Vaste image hydro-aérique de l'hémi-thorax G. Refoul. du médiastin
1960	Nicole	8 ans	Hémoptysie	
21241		F	Essoufflement	
Obs.22	RAG...		Systématique	Opacité ronde homogène para-hilaire G. Position antérieure
1959	François	17 ans		
20170		M		

Obs. Nom	Examens complémentaires	Intervention
Obs.12 JUM..	Bg : Injection des cavités Dilatations dans le L.I.D. ? Bs : = N EF : légèrement diminués	Lobectomie inf. G. Hémorr. ds lig. triang. Pas d'artère anormale
Obs.13 KAS..	Bg : Dilat. lob. moy. et Nelson Injection du lobe sup. Bs : sténose lobaire sup. D. EF : = N	Bilobectomie sup. et moy.
Obs.14 IAY..	Bg : = N Bs : oedème des muqueuses bronc.D. EF : légèrement diminués	Kystectomie Grosse artère anormale venant probablement de l'aorte
Obs.15 LEB..	Bg :) Bs : (= N EF :)	Kystectomie : 2 kystes segment dors. et ventr. de la lingua
Obs.16 LEB..	Bg :) Bs : (= N EF :)	Lobectomie moyenne
Obs.17 LEC..	Bg :) Bs : (= N EF :)	Lobectomie inf. D. Pas de séquestration

Obs. Nom	Examens complémentaires	Intervention
Obs.18 IES..	Bg : = N' Bs : = N EF : non faits	Lobectomie inf. D.
Obs.19 LOI..	Bg : pas d'injection Bs : = N EF : = N	Lobectomie sup. D.
Obs.20 MAN..	Bg : plusieurs poches injectées Bs : = N EF : = N	Lobectomie inf. D. Pas de séquestration
Obs.21 PAY..	Bg : = N Bs : déplacement des orifices bronchiques EF : = N	Lobectomie sup. G.
Obs.22 RAG..	Bg :) Bs : (= N EF :) Angiographie normale	Kystectomie ds fond de scissure entre ling. et ventral. Pédicule avec artère et veine

Obs. Nom	Histologie	Diagnostic	Observations
Obs.12 JUM..	Ep. cyl. cil. Ebauche de fibres musc. Nodules caséux	"cote" : 2,5 Tuberculose ancienne	
Obs.13 KAS..	Ep. cyl. cil. Sclérose sans tubercul. Comm. Br.	"cote" : 0 Tuberculose ancienne probable	
Obs.14 LAV..	Ep. cyl. cil. Vascularisation pulmon. et bronchique	"cote" : 6 Séqustration kystique	
Obs.15 LEB..	Ep. cyl. stratifié	"cote" : 3,5 K.B.I.P.	
Obs.16 LEB..	Ep. cyl. cil. en continu avec celui de la bronche	"cote" : 2 Diagnostic ???	
Obs.17 LEC..	Ep. cyl. at cubique Comm. Br.	"cote" : 3 Lésions acquises	
Obs.18 LES..	Ep. cyl. Pas de lésion bronch. mucus et sang	"cote" : 2,5 kyste acquis	
Obs.19 LOI ..	Ep. cyl. cil. Fibres musc.lisses	"cote" : 4 K.B.I.P. ???	

Obs. Nom	Histologie	Diagnostic	Observations
Obs.20 MAN..	Ep. cyl. cil. Paroi conjonc. épaisse	"cote" : 1,5 K.B.I.P. ?? ou tuberculose ancienne	
Obs.21 PAY..	Ep. cyl. cil.	"cote" : 2,5 Emphysème malformatif ?	
Obs.22 RAG..	Ep. cyl. cil. Vaisseaux de type bron- chique	"cote" : 5 K.B.I.P.	

N°	Nom	Date	Découverte	Radio
Obs.23	RIO..		Episode fébrile : radio de principe	Opacité dense de la base D. niveau liquide 9e EICD goutt. cost. vert.
	Jeanine	1959 33 ans		
		21011 F		
Obs.24	ROL..		Episodes infec.répétés de- puis 1955	Image hydro-aérique du champ moy. G.
	Jacques	1956 30 ans	En 1955 température doul. vomique : drainage	Paroi épaisse
		8463 M		
Obs.25	RUG..		Episode suppuratif en 1947	Opacité de la lingua plusieurs images kystiques
	Raphaël	1960 34 ans		
		21442 M		
Obs.26	SEN..		Episode fébrile en 1955	Images multicavitaires de la base D.
	Jeanne	1956 42 ans		Sans paroi propre
		8918 F		
Obs.27	STA..		Episodes aigus fébriles d'allure pleurétique	Image dense polylobée de la base D.
	Michel	1955 23 ans		
		7012 M		

Obs. Nom	Examens complémentaires	Interventions
Obs. 23 RIO..	Bg :) Bs : (= N EF :)	Lobectomie inf. D. Séqustration + kyste Artère anormale de l'aorte thoracique
Obs. 24 ROL ..	Bg : injection ; ectasies péri-cavit. Bs : rétrécissem. inflamm. L.I.G. EF : = N	Lobectomie inf. D. difficile Pas d'artère anormale
Obs. 25 RUG..	Bg : pas d'injection Bs : = N EF : = N	Kystectomie adhérent à lingua
Obs. 26 SEN..	Bg : pas d'injection Bs et EF = N	Lobectomie inf. D. Paroi très mince
Obs. 27 STA..	Bg : non fait Bs : = N EF : = N	Lobectomie inf. D. Artère anormale ds. lig. triang.

Obs. Nom	Histologie	Diagnostic	Observations
Obs. 23 RIO..	I - Séquestration extra-lobaire 2 - Kyste, Ep. cyl. cil. vestiges cartil.	"cote" : 8 Séquestration K.B.I.P.	
Obs. 24 ROL..	Ep. cyl. cil. et basal Fibres muscul;	"cote" : 3,5 K.B.I.P. suppuré	
Obs. 25 RUG..	Ep. cyl. cil. type adénomatoïd.cystic. malformation	"cote" : 4 Dg ??	
Obs. 26 SEN..	Ep. cyl. cil. Muscles, glandes Pas d'A.A.	"cote" : 4 K.B.I.P. multiloculaire ?	
Obs. 27 STA..	Histologie mal définie	"cote" : 4 Séquestration kystique	

CONCLUSIONS

-:-

A - L'étude de 11 cas de kystes bronchogéniques du médiastin retrouve les données actuellement classiques résultant de nombreuses publications :

- affection de l'adulte jeune
- découverte d'examen radiologique systématique dans 10 cas sur 11
- image radiologique caractéristique : unique, ronde, régulière, pleine, homogène, située dans 7 de nos cas dans la partie droite du médiastin. De profil ovalisation dans 6 correspondant à un pédicule ou à son ébauche.
- chirurgie relativement facile et avec d'excellents résultats,
- anatomopathologie caractéristique : présence dans tous les cas d'un épithélium bronchique, de glandes dans 6 cas, de cartilages dans 3 cas, de muscles lisses dans 3 cas. La présence de ces 4 éléments caractéristiques ne fut retrouvée que dans un seul cas.

B - 27 cas de kystes aériques du poumon opérés ont été étudiés avec l'idée de dégager ceux que l'on peut étiqueter. kyste bronchogénique.

De cette étude, certains éléments en faveur de la congénitalité ont été mis en évidence.

Ce sont, par ordre d'importance :

- la présence de malformations respiratoires associées
- l'absence d'antécédents
- l'absence de communication bronchique primitive
- un clivage opératoire du kyste facile ou au moins une exérèse aisée
- la présence d'autres malformations
- l'absence de lésions spécifiques
- la présence d'une séquestration
- la présence de 2 éléments bronchiques au moins dont l'indispensable épithélium cylindrique cilié.

Chacun de ces éléments pris isolément n'a pas de valeur.

Leur association nous a permis :

I - de mettre l'étiquette de kyste bronchogénique sur 8 observations :

- 3 parce que le groupement des éléments décrits ci-dessus était particulièrement évocateur,

- 5 parce qu'elles contenaient une séquestration

2 - d'éliminer formellement ce diagnostic sur 7 observations :

- 3 parce que l'absence des éléments en faveur de la congénitalité était presque totale

- 4 parce qu'elles présentaient une communication bronchique à plein canal, élément qui nous paraît de très grande importance.

3 - Les autres cas (12) pouvaient se discuter. Le diagnostic pouvait être évoqué mais non affirmé.

Cette étude, loin d'être complète, doit pouvoir cependant constituer une base d'approche de ce type de lésions, tout en sachant les imperfections de la méthode et les difficultés qui persistent dans le diagnostic de ces malformations congénitales.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : BARIETY

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - AYAS

Cancer broncho-pulmonaire compliqué
d'un kyste bronchogénique (Ky Br).
Prensa Med. Argent. 12 sept. 52
39 n°37 p.2181

2 - BADIN

Ky Br du médiastin
Thèse Lyon 1954-55 n°70

3 - BARIETY, COURY

Tumeurs rares intra-thoraciques.
Sem. Hôp. Paris XXI 1945 p.1181

4 - BARIETY, COURY

Essai de classification des tumeurs
intra-thoraciques primitives. Fré-
quence. Particularités anatomo-
cliniques.
Sem. Hôp. 21 nov. 1947 23 n°43
p.2602

5 - BARIETY, COURY

Le médiastin et sa pathologie.
Masson, Paris 1958

6 - BERANGER, MIERE, JORGE DI LEO

Ky Br médiastinal chez un nourrisson
de 4 mois.
Sem. Méd. 25 juil.1960 117 n°8
p.300

7 - BLADES

Tumeurs médiastinales

Ann. Surg. mai 1946 123 n°5 p.749

8 - BRETON, DUBOIS

Les malformations congénitales du
poumon.

Douin et Cie 1957

9 - BURGOT, GARBAY, LEVY

Nécrose gastrique chez un malade
présentant une hernie diaphragmatique,
un Ky Br et un Paludisme post-
transfusionnel.

Mem. Acad. Chir. mars 1958, 4 n°8-9
p.266

10- COURY, MONOD, TOURNIER

Coexistence chez un enfant de 2 Ky Br
et d'une incoalescence partielle du
péricarde.

J. Fr. Méd. Chir. Thor. 1956 60
n°3 p.271

11- EXALTO, WALDECK

Ky Br du médiastin

J. Thor. Surg. fév. 1949 18 n°2
p. 132

12- GAILY

Tumeurs et kystes intra-thoraciques
chez l'enfant. Etude des documents
d'exérèse.

Pédiatrie, 1954, 9, n°6, p.605

13- GNAVI, ROLFO, MAGGI

Cadre pathogénique des Ky Br à siè-
ge pulmonaire.

Minerv. Chir. 30 juil.1961 16 n°12
p.758

14 - LANE

Cancer d'un Ky Br.

Ann. J. Surg. déc. 1958 96 n°6, p.776

15 - LASSER

2 cas de Ky Br en forme d'haltère

Radiology nov.1960 75 n°5 p.748

16 - LATARJET, GALT

Ky Br pleuro-diaphragmatique gauche.

Lyon Chir. janv.1960 56 n°1 p.118

17 - LAUMONNIER, DEPAULIS

2 Ky Br.

Bordeaux Chir. av.1955 n°2, p.85

18 - LAUMONNIER, DEPAULIS

Ky Br. du médiastin. 4 observations.

Presse Médic. 19 nov. 1952 60 n°74
p.1586

19 - LEGENDRE

Ky Br. à soupape chez un nourrisson

J. Fr. Méd. Chir. Thor. 1957 11 n°3
p.282

20 - LEGER, PETRIAT, LACQ

Epithélioma à stroma remanié développé sur un Ky Br.

Bordeaux Chir. juil.1957 n°3 p.176

21 - LESOBRE, OURY

La pathologie broncho-pulmonaire
congénitale. Classification et formes.

Rev. Prat. 21 janv.1962 XII n°3
p.287

22 - LOB

Classification des kystes intra-thoraciques médiastinaux.

Arch. Klin. Chir. 1951 269 n°4 p.377

- 23 - LYONS, CALVI, SALMON
Diagnostic et classification des masses médiastinales. 782 cas.
Ann. of Int. Méd. nov.1959 51 n°5
p.897
- 24 - MAGGI, ROLFO, GNAVI
Ky Br du médiastin
Minerv. Chir. 30 juil.1961 13 n°12
p.749
- 25 - MAKARENKO, RIAPOLOVA
Ky Br. extra-pulmonaires du médiastin
Klinitcheskaia Med. 1957 n°11, p.69
- 26 - MAIER
Ky Br. du médiastin
Ann. Surg. mars 1948 127 n°3 p.476
- 27 - METRAS, LAVAL, PAYAN, LONGEFAIT,
GIRAUD-MICHEL
Etude sur les Ky Br 23 obs.
Sud. Méd. Chir. 31 oct.1957 90
n°2426 p.6734
- 28 - MOURGUES, MOLINES, VIDAL, MARTIN,
THEVENOT
Déficience congénitale du péricarde
+ Ky Br du médiastin
J. Fr. Méd. Chir. Thor. 1956 10 n°3
p.313
- 29 - RAZEMON
Confrontation des documents radiologiques et constatations opératoires et anatomiques dans 25 tumeurs du médiastin.
J. Radiol. Electrol.1954 35 n°9-10
p.809

30 - RENAULT

Introduction anatomopathologique à
l'étude des tumeurs du médiastin.
Rev. Prat. 1 déc. 1955 5 n°31
p.3223

31 - RINGRTZ, LIDHOLM

Tumeurs et kystes du médiastin.
J. Thor. Surg. av. 1956 31 n°4
p.458

32 - ROUSSELOT

Les kystes du pédicule pulmonaire.
Thèse Lyon 1944-45

33 - SANTY, BERARD, GALY

Les tumeurs chirurgicales du médiastin.
J. Fr. Méd. Chir. Thor. 1950 4 n°1,
p.1

34 - SAUVAGE, LEBRIGAND, LEMERCIER

Tumeurs dites du médiastin.
Mém. Acad. Chir. 1954 80 n°s 12-13-
14 p.427

35 - SCHIEPPATI

Ky Br à forme dysphagique
Sem. Méd. 1957 110 n°3 p.91

36 - SOWERBUTTS

Les Ky Br médiastinaux.
J. Fac. of Radiol. juil.1959 10
n°3 p.158

37 - TALA

Les kystes pulmonaires.
Acta Chir. Scand. 10 déc.1957 113
n°-6, p.536

- 38 - WEST, SCHOONHOVER
Cancer du poumon développé dans un
kyste congénital.
Surgery déc.1957, 42, n°6, p.1071
- 39 - WETSEL, DARIN
Adénome trachéal et Ky Br médiastinal
J. Thor. Surg. mai 1959 37 n°5
p.687
- 40 - ZITTEL
Les kystes thoraciques médiastinaux.
Münsch. Méd. Wochschr. I sept. 1961
103 n°35 p.1666
- 41 -
Tumeurs bénignes du médiastin.
LIXe Congrès Français de Chirurgie.
Paris, 7-12 oct. 57

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
- Kystes bronchogéniques du médiastin	
Etude théorique	
Analyse de 11 cas	34
- Problème des kystes bronchogéniques intra-parenchymateux	50
Introduction	50
Le problème diagnostique	56
Analyse d'une cotation	64
Présentation de 8 observations	71
- Tableaux des 27 observations de la série	80
- Conclusions	96
- Bibliographie	99

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

